



דוגמא לפרוטוקול "שומרי הראש" בפגיות הדסה :

דף הנחייה למניעת IVH בפגים שנולדו עד שבוע 6+28 להריון ב-72 השעות הראשונות לחיים טיפול בשיטת MINIMAL HANDLING

ההתייחסות ב MINIMAL HANDLING מומלצת גם לפגים שנולדו בשבועות 0+29 ועד שבוע 6+31 עם ההנחיות המפורטות בהמשך

בשיטת הטיפול ב- minimal handling המטרה להקטין למינימום את הגירויים הכואבים העלולים להעלות את הסיכון לדמם תוך מוחי. דמם תוך מוחי מתרחש לרוב במהלך השבוע הראשון לחיים אך בעיקר בשלושת הימים הראשונים. ההנחיה בתוקף ב-7 ימים ראשונים לחיים לגבי ELBW ולמשך 3 ימים לגבי VLBW.

- צורך בטיפול רפואי, לעולם גובר על שיקולי **minimal handling**.
- רק טיפולים ובדיקות הכרחיים יבוצעו. לשאוף ל " eyes on, hands off "
- צריך לשאוף שהצוות הרפואי המטפל יהיה המיומן ביותר הן מבחינת הרופאים (בהתאם לנסיבות ובהחלטת רופא בכיר עם הנחיות מתאימות למתמחה) והן מבחינת הסיעוד.
- תפקיד האחות לוודא שהצוות יקפיד על מינימום גירויים לפג וכן על הסברת חשיבות הדבר למשפחה.

עם קבלת הודעה על לידת תינוק בשבוע 6+28 ומטה יש להתכונן כדלהלן :

- הוצאת הטפסים הבאים מתוך "תיק שומרי ראש" עם הדבקת מדבקת התינוק
 - דף הנחיה למניעת IVH בפגים (מסמך זה)
 - כרטיס מידע לאינקובטור
 - רשימות תיוג ותצפיות
 - טופס מילוי נתונים (דשבורד)
 - תחקיר החיאה
 - דף למידה

רשימת התיוג ודף התצפית עם פרטי התינוק, תחקיר החיאה ודף הלמידה יוחזרו לתיק הזה מרוכזים בנילון, ולא יתויקו בתיק הרפואי של התינוק.

- על האחות המטפלת למלא את טופס רשימת התיוג במהלך/בתום המשמרת, יש למלאו כל משמרת במשך 72 השעות הראשונות.
- לצורך תצפיות בימים 0-1 וביום השלישי לחיים למנות אחות מתצפתת.

הערה: בחדר הלידה יש לתת עדיפות לקבלת הפג באינקובטור שישמש אותו ב- 72 השעות הבאות בפגייה. במידה ולא מתאפשר, יש להקפיד כי העברת הפג מהאינקובטור הנייד לאינקובטור אחר בפגייה תתבצע ע"י 2 אנשי צוות

ציוד ההכנה לקבלת הפג בחדר לידה יכלול :

- חדר מחומם ל 26 מעלות, מד טמפרטורה
- אינקובטור נייד מחומם, בלוני אויר חמצן, מנשם/נאופף
- שקית פוליאטילן סטרילית לחימום
- מזרון חימום
- כובע
- ציוד להחייאה

ציוד ההכנה לקבלת פג בפגיה יכלול :

חדר מחומם

- אינקובטור עם לחות שכוונה מראש ל- 90%-85% לחות
- בפגיה מראשות האינקובטור מוגבהים בזווית של 30° לאחר שקילה ראשונה
- ערכה אחודה הכוללת את הציוד הבא:
 - i. רשימת תיוג לטיפול יומי: בפגים שנולדו בשבוע 6+28 ומטה להריון ב- 72 השעות הראשונות לחיים. (פירוט בהמשך לגבי פגים שנולדו בשבוע 0+29 ועד שבוע 6+31)
 - ii. כרטיס מידע לאינקובטור, דף תיוג, דף תצפית, דף למידה, דף דשבורד
 - iii. חיתולי בד להכנת קן לשמירת תנוחת midline (ראש ושאר הגוף בקו אחד)
 - iv. סרט מדידה למדידת היקף ראש פרוס באינקובטור. אם לא נמדד לאחר הקבלה לפגיה לזכור למדוד בתום 72 שעות.

- שקית פוליאטילן סטרילית לחימום. השארת השקית על התינוק עד כ 3 שעות לאחר הלידה במידה וכמות נוזלים לא מרובה. אין צורך להסיר את הנילון לשקילה.
- מזרון חימום (לא להוציא מזרון עד תום הכנסת ליינים לטבור וכשחום הגוף של התינוק תקין)
- הכנת ערכות לקטטרים טבוריים, IV פריפרי

עקרונות הטיפול בפג :

מזעור כאב וסטריס :

- השכבת הפג ב MIDPOSITION, הראש מוגבה עד 30° ל-3 ימים. שינוי תנוחה יעשה כשכל הגוף כיחידה אחת
- מתן ויטמין K עם מחט עדינה (כתומה), אם ניתן IM, במידה וניתן IV- ינתן לפי פרוטוקול ויטמין K IV
- מתן טיפות / משחת עיניים אנטיביוטית בעדינות
- מזעור טיפולים ובדיקות ולקבצם יחדיו, לקצרים ככל הניתן. רצוי לבצע תיאום פעולות הדורשות פתיחת אינקובטור, למשל, הרופא יבדוק את הפג ובאותה הזדמנות האחות תבצע את שנידרש.
- להחלפת טיטול יש להרים את האגן ולהחליק מתחתיו את הטיטול. אין להרים את רגלי התינוק לשם כך
- בכל משמרת לבצע אומדן כאב לפחות פעם אחת או לפי הנדרש לפי סרגל NPASS ורישום האומדן בדף הטיפול וברשימת התיוג

הכנסת ליינים/בדיקות דם/ מעקב לחץ דם/שתן :

- הכנסת ליינים לטבור, רצוי שתעשה על ידי 2 אנשים, או בהתאם להחלטת רופא בכיר

1. הכנסת הליינים תבוצע בהתאם להנחיות מניעת זיהומים 2013, עם שימוש בכלורהקסידין 1% על בסיס מים לחיטוי העור בתינוקות עם משקל לידה > 1500 גרם, וכלורהקסידין על בסיס אלכוהול בתינוקות עם משקל לידה < 1500 גרם. לפני חיתוך חבל הטבור יעשה ניקוי במשך 15 שניות. לאחר החיתוך ניקוי חוזר של הגדם במשך 15 שניות. ניתן להשתמש באפליקטורים סטריליים בפגים קטנים להגבלת אזור הניקוי.

- לפני הכנסת ליינים לטבור מומלץ להסיר את חומר החיטוי עם מים סטריליים
- לפני הקיבוע רצוי למרוח קבילון, ועליו קיבוע
- לפג עם UAC או AL אין למדוד באופן שגרתי לחץ דם ידני.
- במידה ונדרשת מדידת לחץ דם ידנית, יש להסיר מהגפה את השרוול בתום המדידה
- אם יש AL רצוי למקם את הגישה אליו בסמוך לחלון האינקובטור.
- לקחת דם מ UAC או AL תבוצע באופן איטי והדרגתי, כך גם החזרת DEAD SPACE
- לא יבוצע דיקור רוטיני של העקב.
- במידת האפשר, רצוי להתחיל להזליף בקו העורקי 0.45 NaCl ביממה הראשונה ואילך כדי לצמצם דקירות לבדיקות סוכר. על פי מעקב סוכר ונתרן (עליה של Na מעל 145 מאק/ליטר) להחליף את התמיסה בקו העורקי בהתאם.
- במידה ומוכנס IV פריפרי יש לחטא על פי נוהל את מקום ההחדרה עם אלכוהול+כלורהקסידין למשך 30 שניות, לא לחשוף אזור נרחב. ההחדרה על ידי 2 אנשי צוות. במידת האפשר לא לקחת דמים מהכנסת עירוני פריפרי
- רצוי להמנע ממתן בולוסים, ובהתאם לשיקול קליני.
- איסוף שתן כמותי יעשה על ידי שקילת טיטולים באופן שגרתי

מעקב חום :

- חום גוף ימדד תוך 10 דקות מהכניסה לפגיה.
- בהמשך, רצוי להכניס פרוב לרקטום ימדד החום תוך שעה ושעתיים מהקבלה
- אם חום הגוף נמוך מ 36.5 רצוי להמתין, במידה וניתן, עם פעולות כמו הכנסת ליינים ולמזער פתיחת אינקובטור.

פעולות חירום וטיפול בכאב :

- אינטובציה תעשה על ידי רופא בכיר או בהתאם להחלטת רופא בכיר
- מומלץ מתן פרמדיקציה לפני ביצוע אינטובציה (פנטניל, פרסדקס), אלא אם מדובר במצב חירום
- להמנע מביצוע סקשן באופן רוטיני
- לעודד שימוש בחיישן 2co עורי בתינוקות מעל שבוע 6+26, לודא החלפת מקום הסנסור כל 3 שעות. מבחינת היצרן אין הגבלה של שבוע, אבל צריך להחליף את מקום הסנסור באופן תדיר כל 3-4 שעות.
- מתן פרמדיקציה לפני פרוצדורות חודרניות כגון: PICC, נקז חזה
- ניתן להעזר בפרוטוקול כאב מחלקתי

שלמות העור :

- שמירת העור (השארת טיטול פתוח, שימוש במסירי דבק, שימוש בקבילון- במיוחד באזורי הדבקת פלסטרים / מדבקות / אזור הגניטליה והישבן..)
- שקילה רק בהתוויה רפואית

- לא לרחוץ, אלא בהתוויה רפואית .
- ניקוי העור בעת הצורך בלבד, באמצעות קערה סטרילית, מים סטריליים חמים ובד רך / צמר גפן (לא גזה!) ולייבש מיד ובטיפיחות ולא שפשוף.
- החלפת מצעים רק בעת הצורך ולא כשגרה
- שלוש פעמים ב-72 השעות הראשונות לחיים, תעשה בדיקה לאיתור פצעי לחץ או נגעי עור אחרים כולל הגב. הטיה עדינה של התינוק תעשה כיחידה אחת.
- עדיפות לשימוש במזרון מונע פצעים (ROHO או מזרון דינמי).

מדודות ראש/בטן/שקילה :

- אין למדוד היקף ראש ובטן אלא בהתוויה רפואית. בכל מקרה אין להרים את הראש לשם המדידה. רצוי להשלים את מדידת היקף הראש עד תום השבוע הראשון.
- הימנעות מניקור מותני אלא אם יש התוויה רפואית לכך
- בדיקת המרפס תתבצע בעדינות
- שקילה תעשה רק בהתוויה רפואית

הדמיה :

- סונר מוח יתבצע לאחר 72 שעות, אלא אם יש חשד קליני לדימום
- בעת צילום רנטגן, רק רופא או אחות רשאים לגעת או לטפל בפג (לא טכנאי רנטגן!)
- להוציא את מזרון החימום בעת צילום רנטגן.
- בדיקת אקו לב תתבצע אם יש צורך קליני

מתן **COLOSTRUM** :

- יעשה לפי פרוטוקול מתן קולוסטרומ וגירוי הרירית הבוקלית (ניתן להתחיל במידה וחום גוף התינוק יציב, הסתיימו פעולות דחופות של אינטובציה/החדרת ליינים/נקזים, התינוק רגוע ויציב המודינמית והאם החלה לשאוב חלב).
- באופן אידיאלי יש ליזום מתן קולוסטרומ בוקאלי תוך שעתיים מהלידה, יש לחזור על התהליך כל 3-4 שעות עד להגעה להזנה אנטרלית מלאה.
- יש להשתמש אך ורק בקולוסטרומ של אם הילוד. הקולוסטרומ יסחט, ישמר, יאוחסן ויטופל על פי הנחיות מוסדיות.

סדר עדיפות בשימוש בקולוסטרומ :

- קולוסטרומ טרי
- קולוסטרומ שאוחסן בקירור בהתאם להנחיות שימור ואחסון חלב אם
- הקולוסטרומ ישאב במזרק של 1 מ"ל

כמות הקולוסטרומ לטיפול פה :

- פג במשקל נמוך מ-1000 גרם שימוש ב 0.1 מ"ל קולוסטרומ, 0.05 מ"ל לכל צד מצידי חלל הפה
- פג במשקל 1000-1500 גרם שימוש ב 0.2 מ"ל קולוסטרומ, 0.1 מ"ל לכל צד מצידי חלל הפה

להביא קולוסטרומ שהיה בקירור לטמפרטורה בה הילוד נמצא על ידי השהייה באינקובטור של הילוד במשך 5 דקות

להכניס את קצה המזרק לתוך פיו של היילוד (ללא מחט השאיבה) לאורך הצד הימני לכיוון האורופארינקס, להזריק באיטיות פנימה בחלל הבוקאלי את המינון המתאים. לחזור על אותו הליך בצד שמאל של חלל הבוקאלי.

לחלופין ניתן לעטות כפפות נקיות ולמרוח את מינון הקולוסטרום המתאים על האצבע ובעדינות להכניס את האצבע לתוך פיו של היילוד לצד ימין לכיוון האורופארינקס, לעסות את הקולוסטרום לרקמה הבוקאלית. לחזור על הפעולה בצד השמאלי. פעולה זו צריכה העשות בזהירות, במיוחד בתינוק עם טובוס.

מזעור גירויים מפריעים :

- מזעור רעשים ותאורה בחדר.
- לא לדבר בקול רם על יד האינקובאטור, ולא לדבר בטלפון (להדריך גם הורים).
- לא לטרוק את דלתות האינקובאטור
- לא להניח דבר על האינקובאטור למעט כיסוי בד או מכשיר פוטותרפיה בעת הצורך
- לעודד מגע ידיים של ההורים באינקובאטור

ביצוע הפעולות הבאות על ידי שני אנשים :

- כל שינוי תנוחה שעלול לערב שינוי של מיקום הראש
- שאיבת הפרשות (סקשיין)
- החלפת מצעים
- צילום רנטגן
- שקילה
- העברת התינוק
- הסרת / החלפת שקית החימום
- Skin to skin (במידה ואושר)
- אומדן הגב כדי לבדוק שאין פצעי לחץ
- ביצוע U.S מח (להחזקת הראש בקו אמצע)

התייחסות לתינוקות שנולדו בשבועות 29+0 ועד שבוע 6+31

- רוב כללי Minimal Handling ייושמו גם כאן
- חלקם הגדול של תינוקות אלה יתמכו בהנשמה לא אינבזיבית ולכן לא תמיד ייהנו משכיבה על הגב עם ראש בקו אמצע. קרוב לודאי ינוהלו טוב יותר בשכיבה על הבטן
- להלן מצורף טופס התייחסות יומי ויוחלט (רופא ואחות) איזה קריטריונים נכונים בטיפול בתינוק הספציפי במהלך הביקור. על פי מצב התינוק הקריטריונים יכולים להשתנות.

טיפול יומי בפגים בגיל 29+0 ועד שבוע 6+31 הריון ב- 72 השעות הראשונות(למילוי בביקור בוקר- כדף הוראות יומי)

מהלך הטיפול בפג- מזעור כאב וסטרים

1.	שמירה על מנח של הראש ושאר הגוף בקו אחד (תנוחת midline .) הפג שוכב על הגב/הצד ולא על הבטן	כן / לא
2.	כל שינוי תנוחה שעלול לערב שינוי של מיקום הראש, מתבצע ע"י 2 אנשי צוות	כן / לא
3.	הימנעות משקילה במהלך 72 השעות הראשונות לחיים	כן / לא
4.	הימנעות מרחצה במהלך 72 השעות הראשונות לחיים	כן / לא
5.	הימנעות מביצוע סקשן רוטיני	כן / לא
6.	בהחלפת טיטול- הימנעות מהרמת רגלי התינוק, הרמת האגן והחלקת הטיטול מתחתיו	כן / לא
7.	לאחר מדידת לחץ דם ידנית- הסרת השרוול מהגפה	כן / לא
8.	שמירת העור : השארת טיטול פתוח, לחות באינקובטור 85-90%, שימוש במסיר דבק להסרת פלסטרים	כן / לא
9.	מזעור רעשים ותאורה בחדר	כן / לא
10.	הוצאה ל"קנגרו"	כן / לא
11.	בדיקת סקר יילודים PKU	כן / לא

איסוף נתונים ובקרה

- הקמת צוות מחלקתי הכולל: רופא אחראי פרויקט, אחות פגיה אחראית פרויקט, רופא מיילד אחראי פרויקט, מיילדת- אחראית פרויקט . רצוי ליצור קבוצת וואטסאפ
 - תחקיר החייאה יבוצע על ידי רופא אחראי פרויקט/ אטנדינג בסמוך ללידה ככל שניתן בשיתוף כל מי שהשתתף בהחייאה (צוות פגיה וצוות מיילד)
 - התחקיר יתויק בקלסר יעודי עם דפי התינוק ולא בתיק הרפואי/סיעודי
 - דפי תיוג ימולאו על ידי האחיות ב 3 הימים הראשונים לחיים ויתויקו בקלסר יעודי
 - דף תצפית על פעולות ה minimal handling יעשה ביממה 0 וביממה 3 על ידי אחות מתצפתת ויתויק בקלסר היעודי
 - טופס דשבורד ימולא על ידי רופא אחראי פרויקט/ אטנדינג בתום 3 הימים הראשונים לחיים ויתויק בקלסר היעודי
 - בתום 3-7 ימים רצוי למלא דפי למידה על כל מקרה ולהוציא מסקנות ראשוניות
 - בהתאם למסקנות להוציא הנחיות נקודתיות: מיילדים, חדרי לידה, פגיה
 - הכנסת נתונים ל REDCUP ע"י אחראי על הרישום תעשה בתום 3 הימים הראשונים (קבלת מספר ממוחשב לתינוק) וסגירת הגליון הממוחשב תעשה עם שחרור התינוק הביתה או עם פטירתו
 - רצוי ליצור טבלה מחלקתית המכילה את שם התינוק, תז, האם מולאו פרטי דשבורד ורדקאפ, קוד רד קאפ, ומילוי פרטי שחרור/תמותה ברד קאפ (לתינוקות שנולדו בשבוע 0+24 ועד שבוע 6+28)
 - רצוי להפגש בישיבת צוות מחלקתי אחת לחודש עם פירוט המקרים שהיו, מסקנות, למידה,
- OUTCOME**
- רצוי לפרסם OUTCOME הודשי לפורומים הבאים:
 - מיילדים- בישיבה פרינטלית, ישיבת צוות מיילדות, ישיבת צוות אחיות פגיה, ישיבות רופאים.
 - הודעות דחופות ניתן להוציא בוואטאפ קבוצתי.
 - כל מחשבה על קידום הפרוייקט- פליירים, גרפיקה, MEMO וכו יתקבלו בברכה. הפקה ראשונית בביצוע.